

Grippeimpfstoff Saison 2024/25 jetzt bestellen! Muster Anforderung Grippeimpfstoff

Muster Saisonbestellung 2024/25 über 100% des Saisonbedarfs - und auf mehrere
Rezepte/Rezeptzeilen verteilt

| | | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gebühr frei | Krankenkasse bzw. Kostenträger Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) | Hilfs- mittel | Impf- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.- Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| | | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| Geb.- pfl. | Name, Vorname des Versicherten Impfanforderung | Zuzahlung | | Gesamt-Brutto | | |
| noctu | 02900 geb. am | | | | | |
| Sonstige | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | Taxe | |
| Unfall | Kostenträgerkennung IK-Nummer 10 20 4049 9 | 1. Verordnung | | | | |
| Arbeits- unfall | Versicherten-Nr. | 2. Verordnung | | | | |
| | Status | 3. Verordnung | | | | |
| | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | | Datum | | |
| | | | | Vertragsarztstempel | | |
| aut idem | Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | | | | |
| aut idem | <ul style="list-style-type: none"> Grippeimpfstoffe 2024/2025 (für Erwachsene ab 18 Jahren oder Kinder unter 3 Jahren oder Schwangere) oder Hochdosis-Grippeimpfstoffe 2024/2025 (für Erwachsene ab 60 Jahre) oder *Handelsname des gewünschten Impfstoffs* tetravalent, nach SIR, ____ x 10er / ____ x 20er | | | | | |
| aut idem | BSNR Dr. med. Max Musterarzt Facharzt für Allgemeinmedizin Musterstraße 1 77777 Musterstadt Tel: 01234/4522 <i>Dr. M. Musterarzt</i> Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014) | | | | | |
| | Bei Arbeitsunfall auszufüllen! | | Abgabedatum in der Apotheke | | | |
| | Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | | | |